

Modulo di richiesta accredito Medico/Infermiere

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte e inviato tramite e-mail **avente ad OGGETTO: Accredito Medico Infermiere a commerciale.expomedicina@gmail.com**

Il/la sottoscritto/a _____

(qualifica) _____

Iscritto all'ALBO /Ordine di _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____ Provincia _____

Telefono/cellulare _____

E-mail _____

CONVEGNI/SEMINARI

- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> | 7 | <input type="checkbox"/> | 8 |
| <input type="checkbox"/> | 9 | <input type="checkbox"/> | 10 | <input type="checkbox"/> | 11 | <input type="checkbox"/> | 12 | <input type="checkbox"/> | 13 | <input type="checkbox"/> | 14 | <input type="checkbox"/> | 15 | <input type="checkbox"/> | 16 |
| <input type="checkbox"/> | 17 | <input type="checkbox"/> | 18 | <input type="checkbox"/> | 19 | <input type="checkbox"/> | 20 | <input type="checkbox"/> | 21 | <input type="checkbox"/> | VISITA AREA ESPOSITORI | | | | |

Dichiarazione privacy

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del RGPD, acconsento al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili.

Data _____

Firma per concedere il consenso _____

Per qualsiasi informazione e assistenza contattare Segreteria organizzativa Interproject Srl al +39 347 675 4533 - +39 095 7226030